

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

333

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles-Paul WOIRIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médaille militaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HERPÈS DU LARYNX

Président : F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles-Paul WOIRIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médaille militaire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HERPÈS DU LARYNX



Président : F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

VIGOT FRERES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale.	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR LERMOYEZ

Médecin des Hôpitaux,
Chef du Service oto-rhino-laryngologique,
de l'Hôpital Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de Médecine.

*En témoignage de reconnaissance, pour
le précieux enseignement et toute la
bienveillance, qu'il m'a prodigués pen-
dant les deux années passées dans son
service.*

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

*En témoignage de gratitude pour l'affec-
tueux intérêt, qu'il nous a porté sans
cesse et pour les sages conseils, qui
furent le guide de notre pratique
journalière.*

A MES MAÎTRES

En Médecine.

ROGER, ACHARD, GILBERT, CAUSSADE, DALCHÉ.

En Chirurgie.

HARTMANN, SCHWARTZ, ROUTIER.

En Otologie.

LERMOYEZ, HAUTANT, MOULONGUET,
LUBET-BARBON, WEISMANN.

Aux Docteurs CHABERT, FIOCRE, LABERNADIE.

A MES AMIS E. FELDSTEIN et CH. BOULAY

Assistants du Service oto-rhino-laryngologique
de l'Hôpital Saint-Antoine.

A MON AMI M. CHEVALLEY

Interne des Hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Médecin de l'Hôpital Boucicaut,
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur,

Hommage très respectueux.

INTRODUCTION

L'herpès du larynx est rangé, parmi les affections rares de cet organe. Le petit nombre des observations actuellement publiées, qui ne dépasse pas actuellement vingt-six, semble justifier ce jugement. Pourtant nous avons eu la bonne fortune d'observer en 3 mois deux herpès isolés du larynx. Déjà Brindel, durant un semestre de 1894, avait pu recueillir trois cas. Cette coïncidence doit-elle être expliquée par la loi des séries?

Nous sommes fermement persuadé que cette maladie est assez souvent inaperçue. Le praticien, souvent seul consulté, ne fait pas l'examen laryngoscopique et l'herpès du larynx méconnu guérit spontanément. Dans d'autres cas, l'image laryngée a pu être interprétée comme le résultat des lésions tuberculeuses ou syphilitiques. L'erreur est grave, puisque le sombre pronostic et la longue évolution de ces affections diffèrent totalement de la bénignité absolue et de la guérison rapide de l'herpès.

Les publications médicales françaises ne comportent guère sous la dénomination d'herpès du larynx, que *l'herpès laryngé associé*, simple extension de l'éruption bucco-pharyngée. A côté de lui, existe cependant un *herpès laryngé pur*, difficile à reconnaître en l'absence de toute autre floraison vésiculeuse des muqueuses. Nous voudrions tenter de préciser ici ses caractères, après en avoir rassemblé les observations éparses.

Nous ne saurions oublier, à propos de ce travail, le savant enseignement de notre maître, M. Lermoyez, à qui nous devons la majeure et la meilleure partie de nos connaissances otologiques. Ses précieux conseils, joints à ceux de M. Hautant, nous ont permis de réaliser cette thèse. Nos remerciements s'adressent enfin à M. Ramadier, qui nous a aimablement procuré une planche et divers documents.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

L'historique de l'herpès du larynx remonte à l'année 1878, où pour la première fois Fernet en publia une observation dans les *Bulletins de la Société clinique de Paris*. Avant lui, la possibilité d'un herpès du larynx avait été niée par Lasèque, par Peter, par Mentel, entrevue mais non démontrée par Gigot-Luard, Walzenberg. Isambert y fait allusion dans une clinique de l'hôpital Lariboisière, rapportée en 1875 dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.

En 1879, Rudolf Meyer décrit la variété d'herpès isolé du larynx dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* (n° 41).

La même année, Beregszaszy rapporte les détails de trois observations d'herpès laryngé dans la *Wiener med. Presse* (n° 41).

La 6^e observation, due à Gottfried Scheff, date de 1881.

La 7^e, due à Davy (Thèse de Doctorat, Paris) est de 1882.

En 1884, Chapman, dans le *New-York Medical Journal* du 18 Octobre, publie 6 cas d'herpès du larynx, vus par lui à sa clinique en l'espace de six ans.

La même année, Grognot (Concours Médical 1884, n° 46) décrit sous le nom d'herpès opalin de la gorge et du larynx, un tableau clinique bien peu caractéristique de l'affection.

Nous trouvons ensuite 2 observations de Stepanow de Moscou (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n°8, 1885), puis une étude sommaire de Schrøtter (*Vorlesungen über die Krankh. des Kehlkopfes*) : « En examinant le larynx, dit-il, on trouve 3 ou 4 vésicules, disposées l'une près de l'autre, à la surface de la muqueuse légèrement enflammée » de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques et sur les cartilages aryténoïdes.

Le *Dictionnaire Dechambre* (édition 1888) fait également un bref exposé de l'herpès du larynx.

En 1890, Masséi dans sa *Patologia e Terapia della larynge* emprunte la description à Schrøtter, qui pourtant n'en avait jamais observé lui-même.

Ruault, dans le *Traité de Médecine* de BOUCHARD et CIIARCOT (édition 1892) en fait à peine mention.

En 1894, trois observations successives d'herpès du larynx, provoquent une thèse de Lagahuzère (Bordeaux, 1895) et un travail d'ensemble de Brindel (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 15 Mars 1895).

Depuis cette revue excellente de Brindel, les obser-

vations portent à peu près exclusivement sur l'herpès laryngé, évoluant à l'état isolé : les deux cas de Secrétan, parus dans les *Annales des maladies de l'oreille*, en 1895 et un cas de Castenada, relaté dans l'*Oto-rino-laryngologia española* en 1899.

Un peu plus tard, Bettmann signale, avec un fait personnel, les relations étiologiques entre la menstruation et l'herpès du larynx (*Berlin. Klin. Wochens.*, Septembre 1902).

En 1903, Sacher dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* 1903 (n° 2), donne une étude approfondie de l'affection à propos de deux observations nouvelles.

En 1904, F. Boulai (de Rennes) rapporte un cas d'herpès « zostérimforme » du larynx. Les deux observations qui suivent, recueillies dans le Service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Saint-Antoine clôturent l'ensemble des publications sur le sujet.



CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I. — Inédite, personnelle, recueillie dans le Service Lermoyez (Hôpital Saint-Antoine).

Mme Louise B..., cardeuse, âgée de 50 ans, entre le 6 Octobre 1920, se plaignant de douleur laryngée continue, spontanée et surtout d'une douleur à la déglutition si accusée, que le malade peut à peine avaler un peu de liquide. Ces troubles ont débuté la veille, à la suite d'un malaise général, apparu depuis trois jours et accompagné de vomissements, d'anorexie, avec fièvre élevée.

Les muqueuses buccale, palatine et pharyngée sont absolument normales. Par contre, on découvre à l'examen laryngoscopique, l'épiglotte de coloration rouge vif, très tuméfiée, particulièrement au niveau de sa face postérieure. Sa surface est lisse. Cette tuméfaction avec rougeur diffuse s'étend jusqu'aux confins de la base de la langue et envahit les vallécules glosso-épiglottiques et les aryténoïdes, quelque peu augmentés de volume.

Masqué par l'épiglotte énorme, le vestibule du larynx est difficile à explorer : les bandes ventriculaires et les cordes sont normales dans leur partie visible. La voix paraît d'ailleurs avoir sa tonalité ordinaire.

7 Octobre : Les phénomènes généraux se sont atténués. Mais la dysphagie reste la même. Au laryngoscope, on aperçoit maintenant sur l'aile droite de l'épiglotte, assez près de son bord un semis de cinq à six petites ulcérations, de la dimension d'un grain de mil. Leur aspect fait penser à des points de cautérisation galvanique récente. Un stylet fin recourbé refoule des débris nécrotiques, et met à nu le fond blanchâtre, sans grande profondeur de ces ulcérations, dont les bords arrondis sont assez nets. A leur pourtour, la rougeur de la muqueuse est plus accentuée.

Le soir, un bouquet vésiculeux d'herpès labial, apparu au niveau de la commissure gauche, oriente le diagnostic.

Les jours suivants, l'état s'améliore : la fièvre a disparu et la malade commence à avaler plus facilement. Sur l'épiglotte, toujours tuméfiée, mais moins rouge, les ulcérations tendent à se combler rapidement.

Le 12 Octobre : Tous les troubles ont disparu. Il ne subsiste plus qu'un peu de gêne à la déglutition.

Le volume de l'épiglotte a regressé peu à peu.

La muqueuse reste encore rouge, près du bord droit, mais lisse, sans trace d'ulcérations.

Le 16 Octobre : Larynx normal. La guérison est complète.

De cette observation, nous retiendrons la description du début, que nous rencontrons toujours à peu près identique et qui peut être schématisée dans la formule. « Le premier jour, il y eut de la fièvre ; le malade vint, se plaignant de douleur à la déglutition ». D'autre part, les vésicules d'herpès laryngé n'ont pas été constatées, malgré les examens rapprochés des 6, 7 Octobre. La durée du stade vésiculaire semble donc avoir été ici inférieure à 24 heures et l'aspect du larynx peut par-

fois passer ainsi sans intermédiaire de la période de tuméfaction avec rougeur à celle des exulcérations.

Observation II. — Inédite due à l'obligeance de M. Ramadier, assistant du Service otologique de l'Hôpital Saint-Antoine).

Mme Emma V..., 33 ans, employée des P. T. T., consulte le 14 Décembre 1920, se plaignant de douleur laryngée et de dysphagie intense. La déglutition est impossible : tous les liquides, froids ou chauds, sont rejetés.

Depuis le 8 Décembre, elle est alitée, envahie brusquement d'un malaise général avec fièvre élevée, violente céphalée diffuse et petits frissons répétés. Le 10 Décembre, est apparue la douleur à la déglutition, qui est allée s'accroissant. La malade rattache ces divers troubles à un refroidissement, contracté au cours d'un voyage, les premiers jours de Décembre.

Elle est maigre, malingre et ses réponses sont faites avec une grande nervosité. A l'examen, rien d'anormal sur le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, sinon leur pâleur accentuée (Il existe par ailleurs des lésions avancées de tuberculose pulmonaire). Le laryngoscope permet de voir l'épiglotte un peu rouge sur sa face postérieure. Mais on est frappé surtout de la très grosse tuméfaction en forme de massue de l'aryténoïde gauche, recouvert d'une muqueuse rouge vineuse. Sur sa surface sont trois petites exulcérations arrondies, de la dimension d'une tête d'épingle. Leur fond, recouvert d'une pellicule blanc grisâtre est presque de niveau avec le liseré rouge de la muqueuse avoisinante, Cette rougeur uniforme de muqueuse s'étend sur la bande ventriculaire sous-jacente et gagne un peu sur l'aryténoïde du côté opposé. La corde droite est normale ; la corde gauche échappe à l'examen laryngoscopique.

Une friction légère, faite avec un porte-coton aseptique, détache du fond des ulcérations un fragment pelliculeux, utilisé pour les recherches microbiennes.

Par l'examen direct, on trouve de nombreux cocci; analogues aux staphylocoques et aux streptocoques, pas de bacille diphtérique, pas de pneumocoque.

Les produitsensemencés sur tubes de sérum coagulé et sang gélosé ont donné toutes les bactéries rencontrées normalement dans la cavité buccale et les voies aériennes supérieures.

Le 17 Décembre : La fièvre a disparu et la douleur à la déglutition diminue. Le laryngoscope montre une régression de volume de l'aryténoïde gauche, ne présentant plus que deux érosions blanchâtres, toujours entourées d'une auréole de muqueuse rouge. (Le larynx réalise alors l'aspect de la planche ci-jointe). Le soir de ce jour, l'apparition de quelques vésicules d'herpès sur la lèvre supérieure, près de la commissure gauche, éclaire le diagnostic de l'affection.

Le 18 Décembre : Plus d'exulcération, la région aryténoïdienne gauche reste encore un peu rouge.

Le 20 Décembre : Guérison complète et disparition sans trace cicatricielle de l'herpès du larynx.

Le malade, qui présente fréquemment des poussées d'herpès labial, quelques jours avant ses règles, est revue le 6 Janvier, lors du retour du flux menstruel. Sur le pourtour des lèvres, sont apparus deux éléments herpétiformes déjà croûteux. Mais l'herpès laryngé n'a pas récidivé.



Herpès du Larynx à la période des exulcérations

L'aryténoïde gauche est tuméfié, rouge et surmonté de deux exulcérations blanchâtres.

Observation III. — De R. Meyer, publiée dans le *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 44, 13 Octobre 1876 (traduction résumée).

Une jeune ouvrière de 18 ans, dont la mère est en traitement pour laryngite syphilitique, se plaint depuis 9 jours de malaise général avec fièvre, de raucité intense de la voix, d'un peu de toux sèche, sans aucune douleur laryngée.

Le 3 Juin : A l'examen laryngoscopique, on trouve de la rougeur et du gonflement des cordes vocales, se coaptant mal, lors de la phonation. Sur le bord libre de la corde gauche, à 3 millimètres de la commissure antérieure, existe une érosion blanchâtre, punctiforme, ainsi qu'une exulcération de même aspect au point correspondant de la corde droite. Partout ailleurs, les muqueuses laryngée, pharyngée et buccale sont normales.

Le 6 Juin : La phonation s'est améliorée. Mais il est apparu une conjonctivite phlycténulaire droite, en contiguïté avec des éléments herpétiques de l'aile du nez et de l'herpès labial.

Le 9 Juin : L'érosion blanchâtre de la corde gauche a disparu, tandis que celle de la corde droite est à peine visible. La rougeur diffuse du larynx est remplacée par une coloration jaunâtre. La fermeture de la glotte est meilleure ; la voix est redevenue claire, bien qu'encore un peu voilée. Il subsiste un peu de vascularisation de la conjonctive droite. Les herpès labial et nasal sont à l'état croûteux.

Le 10 Juin : La malade sort guérie.

Deux points capitaux sont à relever dans cette observation :

1° La rigoureuse symétrie des exulcérations des cordes, rarement rencontrée avec une telle netteté.

2° L'absence de douleur laryngée et douleur à la

déglutition, que nous retrouvons invariablement dans tous les autres cas, comme le symptôme prédominant, pathognomonique de l'affection.

Observation IV. — De Chapman, parue dans le *New-York medical Journal* du 18 Octobre 1884. Analysée dans la *Revue de Laryngologie*, 1895.

Un machiniste de 22 ans est pris, en Avril 1879, de douleur intense à la gorge, de toux, de dysphagie et de dyspnée légère. Ces symptômes, dont le début remontait à dix jours au moment de l'examen, s'étaient développés rapidement et s'accompagnaient d'agitation nerveuse et d'anxiété très accentuée.

L'examen physique amena la découverte d'ulcérations grandes, irrégulières, taillées à pic sur les deux bandes ventriculaires, le tissu environnant était œdématié, mais les cordes étaient normales et l'action musculaire parfaite dans le larynx.

Il n'y avait ailleurs, sur les muqueuses, aucune autre éruption.

La douleur ressentie au niveau des ulcérations était si intense, provoquée même par le passage de l'air inspiré, qu'on dut essayer de l'apaiser par une application de topiques, qui n'eurent d'autres résultats que de l'accroître. Douleur et anxiété guérirent en une semaine; les ulcérations ne disparurent que lentement.

En Septembre 1879, la malade se présente de nouveau à Chapman, avec une récurrence d'herpès laryngé. L'éruption resta localisée du côté droit.

Observation V.— De Stepanow, parue dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1885, d'après analyse de la *Revue de Laryngologie*, 1885.

Un ouvrier de 48 ans a commencé à ressentir des douleurs dans la gorge, douleurs accompagnées de toux et de dysphagie.

Le huitième jour, on découvre à l'examen laryngoscopique, du gonflement et de la rougeur au niveau de l'aryténoïde gauche et sur sa partie interne, trois petites taches grisâtres, de la grosseur d'une graine de pavot. Il existe également sur l'épiglotte, à gauche de la ligne médiane, quelques plaques analogues.

Pas d'éruption sur aucune autre partie du corps. On constate en outre des symptômes de bronchite chronique.

Le treizième jour, la guérison était complète. On avait fait faire au malade des pulvérisations phéniquées.

Dans un but exclusivement documentaire, pour éviter une omission toujours regrettable, nous relatons dans le cas suivant, la présence d'hypothétiques fausses membranes herpétiques.

Observation VI. — De Stepanow, publiée dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde* n° 8, 1885, et analysée dans la *Revue de Laryngologie*, 1885.

Une jeune homme de 15 ans a commencé par présenter des vomissements, de la fièvre, un exanthème abondant de la face. Le pourtour de la bouche, de l'entrée du nez et des yeux était couvert de vésicules d'herpès. Rien au pharynx.

La muqueuse de larynx ne tarda pas à devenir très rouge

et à se gonfler. Au deuxième jour, sur les bandes ventriculaires, on observa de petites membranes croupeuses, qui avaient été précédées de petites taches grisâtres; même aspect sur le repli ary-épiglottique et sur l'aryténoïde gauche. Dès le début, il existait sur les cordes vocales, des membranes blanchâtres, simulant des cordes vocales épaisses et qui passèrent inaperçues jusqu'à la desquamation. Elles laissèrent après elles quelques traces rouges sur les cordes vocales, qui apparurent alors beaucoup plus minces, qu'elles n'étaient auparavant. Le dixième jour, le larynx était normal.

Observation VII. — De Secrétan, publiée dans les *Annales de l'oreille*, Novembre 1895. (Résumée).

Un homme de 59 ans, traité pour sclérose auriculaire, souffre depuis le 15 Décembre 1894 de gêne croissante, puis de vive douleur à la déglutition, après avoir éprouvé un malaise général avec fièvre.

Le 17 Décembre : Le laryngoscope permet de reconnaître une tuméfaction de l'épiglotte rouge, mais sans ulcération, masquant l'intérieur du larynx. La température oscille entre 38°2 le soir et 37°5 le matin.

Le 19 : L'épiglotte très tuméfiée et très rouge présente de chaque côté de son bord libre deux ulcérations superficielles, circulaires, de la dimension d'une forte tête d'épingle. L'aryténoïde droit, également tuméfié et rouge, présente sur sa face supérieure, une petite exulcération, semblable à celle de l'épiglotte. L'aryténoïde gauche est normal, ainsi que la corde correspondante. La corde droite rouge est un peu paresseuse.

Le soir, la température monte à 40° et commence une pneumonie gauche.

Le 24 : La tuméfaction de l'épiglotte a diminué dans sa moitié gauche, mais subsiste à droite. Près de son bord libre

gauche est apparue une nouvelle exulcération, non loin des deux premières. Sur la lèvre inférieure gauche, survient une éruption discrète d'herpès labial.

Le 26 : La tuméfaction de l'épiglotte a presque complètement regressé. Les ulcérations anciennes se cicatrisent : les deux dernières ont disparu. L'herpès labial se sèche.

Le 11 Janvier : Le malade est guéri : il demeure une légère rougeur de l'épiglotte.

Cette observation renferme une particularité singulière : l'apparition d'une pneumonie au cours de l'herpès laryngé, qui s'oppose à l'existence de l'herpès labial classique du début de la pneumonie franche aiguë. Ce cas, encore unique, dans son genre, ne nous permet pas de discerner, si la coexistence des deux affections, est due à un rapport étiologique microbien ou à une coïncidence fortuite.

Observation VIII. — De Castañeda, publiée dans la *Oto-Rino-Laringologia española* 1899 (Traduction résumée).

Mlle E..., âgée de 23 ans, était aux bains de mer à Tarazona, durant le mois d'Août 1898. Après un refroidissement, elle ressentit un malaise général et un peu plus tard un catarrhe laryngé : voix rauque et un peu éteinte, picotements de la gorge s'accroissant en douleurs aiguës, plus vives par la déglutition.

Le 3^e jour, l'examen local montra une légère hyperémie des amygdales et du pharynx. L'épiglotte est rouge, de même que les cordes vocales, qui sont tuméfiées. La corde gauche présentait, sur la moitié antérieure de sa face supérieure une exulcération; sur sa base, une petite vésicule

blanchâtre, de la grosseur d'un grain de mil, entourée d'une auréole — la corde droite, une érosion, recouverte de mucopus jaunâtre. Une autre vésicule existait sur le cartilage de Wrisberg, à gauche.

Plus tard, d'autres petites vésicules se sont formées, tandis que les premières éclataient et évoluaient en exulcérations. En l'espace de six jours, on peut compter sept vésicules : deux sur la face laryngée de l'épiglotte, une sur l'aryténoïde gauche, une sur la région inter-aryténoïdienne, une autre sur la gauche et deux encore sur la corde droite (en dehors des éléments, dont l'évolution était déjà terminée).

La première semaine passée, le mouvement fébrile, qui n'avait pas dépassé 39° cessa, tandis que l'état local s'améliorait. Les exulcérations se recouvrirent d'épithélium. La présence de deux vésicules d'herpès sur les lèvres vint confirmer le diagnostic.

Dans cette observation, comme dans l'observation n° VI de Stepanow, l'herpès a envahi la muqueuse laryngée dans ses diverses régions.

Observation IX. — De Sacher, parue dans le *Monatsschrift, für Ohrenheilkunde* 1903, n° 7. (Traduction résumée).

L'auteur est appelé le 28 Septembre 1897, chez M. W. S., âgé de 53 ans, qui souffre de violentes douleurs à la déglutition.

On ne rencontre rien d'anormal, à l'inspection générale en dehors de la température, à 39°5. A l'examen du pharynx et du naso-pharynx, on constate l'existence d'un catarrhe chronique hypertrophique, dont le sujet assez gros fumeur ne se plaint pas : mais pas d'inflammation récente.

Par contre, l'épiglotte est très tuméfiée et sa muqueuse

est de couleur rouge sombre, particulièrement sur sa face postérieure. Par suite de cette tuméfaction, les mouvements de l'épiglotte dans la phonation sont très difficiles. On parvient pourtant à faire l'examen laryngoscopique. Toutes les parties du larynx sont tuméfiées, mais à un degré moindre que l'épiglotte. Sa paroi postérieure et les aryténoïdes sont un peu gonflées. Les cordes vocales sont un peu rouges, la voix rauque. La dysphagie est si violente, que le malade ne peut absorber, au prix de mille difficultés qu'un peu de tisane.

28 Septembre : Température du soir : 39°2. La tuméfaction de l'épiglotte et la douleur à la déglutition sont sans modification. De toute la journée, l'alimentation a été impossible.

27 Septembre matin : Même état; température : 38°4. Contre la dysphagie, on prescrit la poudre suivante :

Chlorhydrate de cocaïne . . .	{	aa 1 centigr.
Chlorhydrate de morphine . . .		
Amidon pulvérisé		0 gr. 03
Pour 1 paquet, n° 6.		

verser un paquet de cette poudre dans de l'eau, pour former une bouillie épaisse, à prendre immédiatement avant le repas.

29 Septembre soir : Température : 38°8. La poudre a rendu la déglutition plus facile et le malade, au cours de cette journée a pu boire deux verres de lait et un peu de bouillon. La tuméfaction de l'épiglotte a un peu diminué. Mais vers le milieu droit du bord libre de l'épiglotte, sont apparues quatre petites vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle, à contenu jaune purulent. Les vésicules sont à peine surélevées et entourées d'une zone de muqueuse rouge vif. Leur épithélium de revêtement est très mince.

30 Septembre : Dans la nuit, sueurs abondantes. Température matin, 38°2, le soir, 38°6. Apparition de trois autres

vésicules, vers le bord libre de la moitié gauche. Pour le reste, état stationnaire.

31 Septembre : Même état, température matin 38°, le soir 38°3. Pas de modification du gonflement de l'épiglotte, ni de l'aspect des vésicules.

1^{er} Octobre : La tuméfaction de l'épiglotte est moindre. Mais il subsiste de la gêne à la déglutition. Température matutinale 38°, vespérale 37°6.

2 et 3 Octobre : Diminution de la dysphagie. Température du matin 37°, du soir 37°6.

4 Octobre : Les vésicules se sont ouvertes. Leur contenu s'est en partie vidé et leur épithélium de revêtement est adhérent à la surface basale, sous forme d'une petite pellicule mince, de coloration blanc grisâtre. Déplacées par un porte-coton, ces pellicules mettent à découvert de petites érosions superficielles, recouvertes d'un enduit purulent. A partir de ce jour-là, la température est normale.

5 Octobre : Epiglotte de volume presque normal, plus de douleur à la déglutition.

8 Octobre : Les érosions guérissent avec rapidité et sont à peine visibles. L'épiglotte est d'aspect normal.

10 Octobre. : Guérison complète.

Observation X. — De Sacher, publiée dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1903 (Traduction résumée).

Mme E. B., âgée de 34 ans, a commencé à se plaindre le 5 Novembre 1901, de gêne à la déglutition. Elle est souffrante depuis le soir du 2 Novembre, où elle a ressenti un grand malaise et a eu dans la nuit un léger frisson. Vers le matin du 3 Décembre, est apparu un coryza, avec fièvre élevée. Le 4 Décembre, l'état semblait s'améliorer un peu; mais vers le soir, la température monta à 38°6 et en même temps, débuta la douleur à la déglutition.

La malade, examinée le 5 Novembre, est de taille moyenne, très nerveuse, un peu anémique. On constate à l'examen, sur la lèvre supérieure près de la commissure gauche et sur le bout du nez, plusieurs vésicules récentes d'herpès. La dysphagie est violente. Il existe en outre une toux légère, avec chatouillement laryngé permanent, localisé dans la région rétro-thyroïdienne. Température : 38°6.

Les piliers sont assez rouges, ainsi que la paroi postérieure du pharynx : mais pas de vésicule à ce niveau. Le larynx présente une rougeur vive avec tuméfaction accentuée surtout dans sa portion postérieure, où la muqueuse apparaît « succulente » et recouverte de mucosité vitreuse, dans l'espace inter-aryténoïdien.

Le 6 Novembre : L'état de la malade s'est un peu aggravé. La température était 38°8 le soir précédent, aujourd'hui 38°4; la dysphagie est plus violente. L'épiglotte, maintenant très augmentée de volume, est recroquevillée en arc. Près de son bord libre, vers le milieu de sa surface à droite et à gauche, sont de petites vésicules grisâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle. Remplies de sérosité, elles se détachent sur la muqueuse rouge, qui les environne. Les douleurs à la déglutition sont si fortes que la malade ne peut absorber péniblement qu'un peu de lait, après attouchement de l'épiglotte, avec une solution de cocaïne (5 p. 100). La température oscille entre 38°5 le soir et 37°8 le matin.

Le 9 Novembre : Plus de vésicules. Elles se sont ouvertes, et à leur place, on peut voir de petites pellicules grisâtres, adhérant fortement à la muqueuse. Un badigeonnage cocaïné les fait recroqueviller et apparaître le fond des vésicules, présentant de petites érosions superficielles, absolument nettes. La tuméfaction de l'épiglotte est moindre. Température : 37°6.

Les jours suivants, la température retombe à la normale. Le gonflement de l'épiglotte et de la partie postérieure du larynx disparaît graduellement.

Les érosions se combleront; plus de dysphagie.

Le 14 Novembre : Le larynx présente un aspect normal. La malade reste faible encore pendant une quinzaine de jours.

Observation XI. — De Bettmann, publiée dans le *Berliner Klin. Woch.*, Septembre 1902. (Traduction résumée).

Une femme de 23 ans a été traitée depuis Novembre 1899, pour des accidents spécifiques secondaires de la peau et du pharynx.

Elle revient le 24 Janvier 1909, se plaignant depuis trois jours de douleur à la déglutition plus marquée à gauche, rauçité de la voix et dyspnée légère. Le premier jour, elle eut de la fièvre et un petit frisson.

Le laryngoscope permet de voir une tuméfaction, avec rougeur de l'épiglotte, repli aryténo-épiglottique et vallicula, du côté gauche.

Le 25, la tuméfaction du larynx apparaît augmentée, tandis que croît la dysphagie et la dyspnée.

Le 26, les troubles fonctionnels régressent. Au laryngoscope, l'épiglotte est très diminuée de volume, et sur la muqueuse de l'aryténoïde gauche, toujours très gros, existent de petites vésicules isolées, tendant à confluer. Dans la nuit, un bouquet de vésicules d'herpès, à contenu blanchâtre a pris naissance sur l'aile gauche du nez et la peau de la mâchoire du même côté.

Le 27, les éléments éruptifs cutanés forment des croûtelles sèches. Dans le larynx, les vésicules sont remplacées par de petites érosions sans profondeur : plus de troubles fonctionnels.

La malade revue le 31 Janvier ne présente plus d'autre trace des éruptions herpétiques, que quelques croûtelles sur les téguments de la région cervicale. Pour la première fois, depuis la naissance de son enfant (Juillet 1899), elle a vu ses règles réapparaître le 29 Janvier 1900.

Observation XII. — De Grünwald publiée dans son *Atlas*, (d'après Castex-Collinet, 1903).

Un homme de 47 ans a été traité antérieurement pour des accidents syphilitiques de la bouche et du pharynx. Il souffre maintenant depuis 5 ou 6 jours de douleurs en avalant. Le premier jour, il eut de la fièvre.

Dans le pharynx, rien d'extraordinaire à signaler. Par contre, dans le larynx et surtout au niveau de l'épiglotte, on remarque une rougeur très grande : l'épiglotte est tuméfiée en forme de turban. La région aryténoïdienne est très rouge et très gonflée, si bien qu'il est impossible de voir l'intérieur de l'organe. La rougeur est surtout prononcée autour d'une petite perte de substance superficielle, recouverte d'un enduit jaunâtre, siégeant à l'angle antérieur droit de l'épiglotte, et d'une autre, située sur la muqueuse, qui recouvre le cartilage aryténoïde gauche. En outre, il y a dans la vallecule gauche un groupe de petites vésicules blanchâtres, entourées de vaisseaux injectés très visibles et formant pièce à conviction sur la nature de la maladie. Cet aspect groupé des lésions, survenues au cours d'une fièvre aiguë, accompagnées de douleurs violentes, avec sensation de brûlures et d'une réaction très forte, fait reconnaître l'affection pour de l'herpès. La guérison est survenue dans l'espace de quelques jours, sous la simple influence d'un traitement local et a justifié le diagnostic.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Le tableau clinique de l'herpès du larynx a été tracé jusqu'à ce jour, d'une façon assez schématique. Les travaux spéciaux, qui lui ont été réservés, ne lui consacrent eux-mêmes qu'un exposé rapide. Grâce aux 12 observations, que nous venons de reproduire, nous allons essayer de fixer plus complètement la symptomatologie de l'herpès du larynx.

Cette affection évolue en trois périodes :

1^o Période de début ou d'invasion, marquée par des signes généraux.

2^o Période d'état ou d'éruption, marquée par des signes fonctionnels et physiques.

3^o Période de déclin ou de cicatrisation.

I. — Période de début.

Le début de l'herpès du larynx est le plus souvent *solennel*. Le malade est frappé brusquement de courbature intense. Il a des frissons répétés. La température atteint rapidement 38°5, 39° et même davantage. La céphalée est violente; la bouche est sèche, la langue sale. Il se produit parfois des nausées et des vomissements (comme dans notre observation n° 1). Ce complexe n'est que le cortège de la « fièvre herpétique », ici toujours accentuée.

Au milieu de cet orage symptomatique, le malade ne songe guère à son larynx. Souvent 24 ou 36 heures se passent, avant qu'il se plaigne de sécheresse de la gorge, de picotements laryngés provoquant des quintes de toux sèche, de douleur à la pression sur les parties latérales du cou, de chaque côté du larynx. Un peu plus tard, (le 3^e jour, dans le cas de Sachèr, n° 10) apparaissent les troubles fonctionnels.

Parmi eux, la *dysphagie est le symptôme capital, constant et durable*. Elle est d'emblée très accentuée et ne permet même pas l'alimentation liquide. La dysphagie paraît comporter deux éléments distincts.

Une *douleur laryngée* spontanée, continue, peu vive, par inflammation et tuméfaction des régions atteintes. C'est le picotement laryngé du début, inaperçu dans la suite, à cause de la présence d'une « *dysphagie doulou-*

reuse » extrêmement vive, mais intermittente. Elle paraît provenir elle-même d'un double mécanisme :

α) Passage du bol alimentaire, sur les lésions localisées à l'isthme supérieur du larynx.

β) Frottement des lésions (aryténoïdiennes surtout), sur la face postérieure du pharynx, au moment de l'ascension laryngée, qui accompagne le second temps de la déglutition.

Le mécanisme de cette dysphagie douloureuse est à rapprocher de celui de la dysphagie de la laryngite tuberculeuse.

Les *troubles de la voix* sont inconstants. Ils existent surtout dans les premiers jours et sont légers : raucité de la voix, avec émission douloureuse des sons. Il s'agit d'une *dysphonie douloureuse*, analogue à la dysphagie douloureuse, beaucoup plus que d'aphonie vraie. Les troubles vocaux semblent dûs, d'ordinaire, à la mauvaise coaptation des cordes, bien plus qu'à une « corde dite ».

La *dyspnée* est également inconstante; quand elle existe, elle n'est jamais inquiétante.

L'*examen laryngoscopique* montre, lors de cette période de début, une tuméfaction de la muqueuse laryngée, avec rougeur diffuse. La turgescence est d'ordinaire plus accentuée en certains points : soit sur la face postérieure de l'épiglotte, qui devient énorme et tend à masquer plus ou moins complètement l'orifice supérieur du larynx, soit sur les aryténoïdes dont le

volume peut être très augmenté (comme sur la planche, tirée de notre observation n° 2).

A cette époque, on peut noter une éruption cutanée d'herpès, qui accompagne, précède ou suit l'éruption laryngée.

Les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés.

II. — Période d'état.

La période d'état apparaît du 3^e au 6^e jour. Elle est caractérisée par la formation des vésicules d'herpès sur la muqueuse du larynx, au point maximum de tuméfaction.

Les symptômes généraux s'apaisent : la température retombe à la normale, soit avant l'apparition des vésicules, soit au moment même de leur formation. Les autres troubles généraux s'estompent également.

Des symptômes fonctionnels, *la dysphagie seule persiste à la période d'état*. Elle a sa plus grande intensité, immédiatement avant l'éruption des vésicules d'herpès, au moment où la muqueuse est la plus tuméfiée. Elle paraît liée, par conséquent à la tuméfaction de la muqueuse, plutôt qu'à la présence des éléments éruptifs. Elle persiste néanmoins pendant presque toute cette période. Mais elle va diminuant à peu près parallèlement avec la déturgescence de la muqueuse. L'examen laryngoscopique montre sur la muqueuse

rouge et tuméfiée de petites vésicules rondes, à peine surélevées, remplies de sérosité trouble. Elles sont de la grosseur d'un grain de mil à une tête d'épingle. Leurs sièges d'élection sont, par ordre de fréquence, la face laryngée de l'épiglotte (près du bord libre) dans les deux tiers des observations environ, la muqueuse aryténoïdienne dans plus de la moitié des cas; les cordes vocales dans le quart; enfin les bandes ventriculaires dans le sixième seulement.

(Le simple exposé des chiffres, donnés par douze observations, montre la localisation sur :

Epiglotte, 8.

Aryténoïdes, 7.

Cordes vocales, 3.

Bandes ventriculaires, 2.

L'excédent du total résulte de la localisation des vésicules en plusieurs lieux).

Les vésicules sont rarement isolées. Elles se rencontrent d'ordinaire au nombre de deux à cinq, dix au maximum et peuvent tendre à la confluence. Leur distribution se fait sans ordre apparent, en une, souvent plusieurs régions du larynx. Parfois pourtant elles sont disposées symétriquement des deux côtés. La durée de ces éléments est si éphémère, qu'elle ne dépasse souvent pas quelques heures. Rapidement, ils éclatent, laissent échapper leur contenu et évoluent en exulcérations punctiformes, revêtues d'un exsudat blanc grisâtre, ou de débris de pellicule blanche, vestige de la

membrane vésiculaire. La muqueuse laryngée, plus rouge à leur pourtour, forme une auréole inflammatoire.

L'éruption passe donc par deux stades :

1^o Stade de *vésiculation*.

2^o Stade d'*exulcération*. Le premier dure si peu qu'il manque, dans beaucoup d'observations.

L'examen laryngoscopique passe alors directement du stade de tuméfaction rouge et lisse de la période de début au stade d'exulcération.

Dans les cas, où l'herpès évolue en poussées successives, on peut voir des vésicules fraîches, en pleine efflorescence, à côté de vésicules, déjà flétries et exulcérées.

III. — Période de déclin.

La période de déclin est courte. Le fond des exulcérations se comble et se cicatrise en quelques jours, sans laisser de traces appréciables. Il demeure seulement une rougeur légère.

*
* *

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La *durée* totale de l'herpès du larynx est dans la règle de 8 à 10 jours. Rarement, elle dépasse 15 jours.

Une atteinte ne confère pas l'immunité : nous verrons qu'il existe des formes récidivantes.

Le *pronostic* est toujours bon. Le larynx-redevient normal et retrouve l'intégrité de ses fonctions. Il n'est d'autre complication, l'herpès pharyngo-laryngé mis à part, que des éruptions d'herpès sur les lèvres, sur la cornée ou sur d'autres parties du corps. Le seul danger serait peut-être la sténose possible, par la tuméfaction, dans les larynx étroits des enfants. Mais le stade de dyspnée dangereuse est si court, que la trachéotomie n'a jamais été pratiquée.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

La description, que nous avons donnée, correspond à la *forme aiguë* de la laryngite herpétique : c'est la plus commune.

Cette forme peut encore être appelée *forme dysphagique*, en raison du symptôme, qui domine son tableau clinique.

A côté de cette forme dysphagique, on démêle plus difficilement une *forme aphonique* en rapport avec la localisation de l'herpès sur les bandes ventriculaires et surtout les cordes. Cette forme n'est rencontrée avec netteté, que dans la seule observation de Meyer.

La localisation de l'éruption, sa topographie par rapport à l'axe du larynx, son évolution enfin nous permettent de distinguer également les formes suivantes :

1° *D'après la localisation :*

α) On pourra rencontrer une *forme à localisation unique*, siégeant en un seul point du larynx, d'ordinaire l'épiglotte et les aryténoïdes.

β) Une *forme à plusieurs localisations*.

γ) Une *forme généralisée*, qui est à distinguer de la forme associée ou herpès bucco-pharyngo-laryngé.

2° *D'après la topographie :*

Au point de vue topographique, on peut distinguer une forme *unilatérale*, ne dépassant pas la ligne médiane, et une forme *bilatérale*; cette dernière étant soit *asymétrique* et sans ordre apparent, avec prédominance d'un côté du larynx, soit *symétrique* beaucoup plus rarement.

3° *D'après l'évolution :*

A côté de la forme *aiguë* ou commune, nous signalerons une forme à *poussées successives*. C'est dans cette forme, que l'on constate la présence de vésicules fraîches, non éclatées, à côté d'exulcérations, proches du stade terminal.

L'intervalle séparant les poussées est ordinairement de quelques jours à peine. Il est parfois si grand, que l'on peut isoler une forme *récidivante*. Sur les six cas, décrits par Chapman, cinq ont récidivé après un temps variable. Betmann décrit des éruptions récidivantes

d'herpès laryngé, en rapport avec les règles, qu'elles précèderaient de plusieurs jours. Cet herpès laryngé cataménial est à rapprocher de l'herpès labial menstruel, de notion courante.

Moritz Schmidt, dans son *Traité*, signale un homme, chez qui l'éruption herpétique réapparut à intervalles variables, jusqu'à l'âge de 80 ans. L'affection présente dans ces cas une allure subaiguë. Ce sont d'ailleurs ces *formes subaiguës*, qui peuvent passer inaperçues, à cause de leur symptomatologie atténuée. Elles sont de véritables formes latentes, dont les troubles fonctionnels sont si peu intenses, qu'ils ne nécessitent pas l'examen d'un spécialiste.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie de l'herpès du larynx est encore obscure.

L'influence du froid, ou plus exactement du refroidissement, est invoquée comme la cause la plus fréquente. La tuberculose et la syphilis se rencontrent dans les antécédents des sujets, atteints de cette affection.

La localisation de l'herpès sur le larynx semble sous l'influence d'une lésion ou d'une irritation locale. Dans les cas de Grunwald et de Bettmann existait une syphilis pharyngée. De même, dans notre observation n° 2, l'abondance de l'expectoration bronchique, due à des lésions avancées de tuberculose pulmonaire, mettait le larynx dans un état de moindre résistance.

On peut considérer aussi que l'éclosion de l'herpès est favorisée par un terrain spécial de « diathèse herpétique » (Gougerot), dont les limites actuellement imprécises pourraient englober l'arthritisme et certains états

névropathiques. Il y a les prédisposés de l'herpès, du larynx et des muqueuses. Chez ces sujets, maintes causes légères, pour d'autres inoffensives, provoquent à coup sûr de l'herpès. Un malade de notre maître Lermoyez revint quelques jours après l'ablation de la luette, souffrant de la gorge. Il présentait un herpès vélo-pharyngé très net. A l'énoncé du diagnostic, il se plaignit d'être poursuivi par l'herpès. De longue date et périodiquement, son prépuce en était le siège ordinaire après tout excès de table ou de plaisir. Chez lui, l'herpès était une formule spéciale de réaction de ses muqueuses.

L'herpès laryngé apparaît dans la majorité des cas, sous l'influence d'une cause, dont le mode précis nous échappe. Il succède à un de ces malaises généraux, avec réaction fébrile accentuée de quelques jours de durée, auxquels il est impossible de donner un qualificatif motivé.

C'est la « fièvre herpétique » des anciens auteurs, de Morton, Parrot et Lasègue.

Par contre, l'herpès laryngé est indiscutablement en rapport étiologique étroit avec l'herpès cutané labial et leur coexistence clinique est à peu près constante. S'il faut avec Weil (de Lyon) considérer l'herpès de la peau comme une « pneumococcie cutanée », la recherche de l'agent microbien s'impose de même pour la laryngite herpétique.

Les résultats obtenus dans cette voie ne sont guère

satisfaisants. L'éphémère durée des vésicules souvent inaperçues rend pratiquement impossible l'examen bactériologique de leur contenu. Les prélèvements, pratiqués à un stade ultérieur de l'évolution (ainsi que nous l'avons fait) décèlent, à la surface des exulcérations, des germes banaux : streptocoques, staphylocoques en majorité. Malgré diverses cultures, notamment sur sang gélosé et gélose ascite, le pneumocoque n'a pu être isolé.

S'il a une individualité, le microbe de l'herpès du larynx, n'est pas connu. Car aucune conclusion ne peut être tirée de la présence de ces microbes, vraisemblablement saprophytes d'origine buccale.

Ces recherches infructueuses laissent face à face deux explications pathogéniques. Dans la théorie infectieuse, l'herpès du larynx apparaît comme une forme particulière d'une laryngite aiguë infectieuse. Par la théorie nerveuse, il n'est qu'un trouble trophique, consécutif à une lésion nerveuse et rentre alors dans le groupe des herpès zosters.

Toute une lignée d'auteurs le considèrent comme du zoster vrai. F. Boulay (de Rennes) croit pouvoir décrire un cas d'ailleurs isolé d'herpès zostériforme primitif du larynx « sans œdème, ni infiltration ».

Scheff juge l'herpès laryngé lié à un trouble de l'innervation dans le territoire du vague. (*Allg. Wien. Med. Zeit.* n° 47, 1881).

« Comme cause d'herpès laryngé, dit-il, il ne reste

qu'à admettre un trouble de l'innervation, d'après la théorie de Barensprünig et les plus récentes recherches dermatologiques. Cette théorie paraît s'appliquer très bien à notre cas, puisque notre malade ne peut pas nier l'existence de troubles digestifs, quelques jours, avant le début de la maladie.

« Le nerf vague, comme nous le savons, envoie à l'estomac un réseau nerveux, ainsi que des branches qui en se prolongeant jusqu'au larynx fournissent les laryngés supérieur et inférieur. Le premier donne les rameaux nerveux épiglottiques, aryténo-épiglottiques et aryténoïdiens, qui se distribuent à la muqueuse de ces régions. Or, le nerf vague, ayant été probablement atteint de quelque lésion, a dû par conséquent communiquer cet état pathologique aux branches éloignées du tronc. L'herpès du larynx aurait donc pour cause un trouble de l'innervation ».

Nous ne pouvons admettre cette théorie, dont la base fragile n'est qu'une interprétation laborieuse des symptômes digestifs, qui relèvent bien plus simplement de la fièvre herpétique. C'est avec le même scepticisme, que nous accueillons l'opinion de Chapman, qui attribue à l'herpès laryngé les « caractères d'une névrose » et en fait une manifestation larvée de la malaria.

Mac Bride, avec éclectisme, admet suivant les cas, tantôt la théorie infectieuse, tantôt la théorie nerveuse.

Certes, l'épanouissement parfois strictement unilatéral des éléments constitue un argument en faveur de la

théorie nerveuse, comme pour le zona. Mais le zona s'accompagne fréquemment d'un état méningé, à formule spéciale, de lésions des racines et des ganglions rachidiens, qui peuvent être suivies de dégénérescence nerveuse. Il s'oppose donc à notre avis par la profondeur de ses lésions à la superficialité de l'herpès du larynx, déclenché par une cause irritative périphérique.

Et le tableau clinique de l'herpès laryngé toujours immuable, avec le début marqué par des symptômes généraux intenses — la localisation éruptive, le plus souvent bilatérale, sans accompagnement des douleurs névralgiques si intenses dans le zona — la réparation complète sans cicatrice des exulcérations — enfin les fréquentes récurrences nous font considérer cette affection, comme résultant d'une intoxication ou d'une infection généralisée, due à la « fièvre herpétique » des anciens auteurs.

L'herpès du larynx nous apparaît comme une *manifestation, à localisation spéciale, de cette « fièvre herpétique »*, avec le refroidissement, comme cause principale.



CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

L'apparition brusque de la fièvre herpétique avec son cortège donne l'idée d'une affection aiguë. La dysphagie qui succède, accompagnée souvent de raucité de la voix et d'un peu de dyspnée fait suspecter une localisation au carrefour aérien supérieur. Mais c'est le *laryngoscope seul*, qui permettra de poser le diagnostic d'herpès du larynx.

1. — Diagnostic au début.

Tout au début, avant la période d'éruption des vésicules sur le larynx, l'image laryngoscopique n'est pas caractéristique. Le diagnostic sera à peu près impossible, à moins que l'on ne soit guidé par la présence d'un bouquet d'herpès cutané.

A cette période de tuméfaction diffuse du larynx uniformément rouge, il faudra éliminer la *laryngite catarrhale aiguë*, qui donne les mêmes troubles fonctionnels de début et peut s'accompagner de tuméfaction de l'épiglotte et de la région aryénoïdienne. Mais les cordes ont un aspect rosé terne, rugueux, dépoli. Excep-

tionnellement, elles peuvent être le siège de petites érosions, entourées d'un liseré rouge et enflammé. Pendant la phonation, les rubans vocaux s'accolent mal, par suite de leur parésie plus ou moins prononcée, et pendant l'inspiration des mucosités blanchâtres, qui recouvrent également le vestibule du larynx, forment un pont allant de l'un à l'autre : les cordes sont « engluées ». Dans la laryngite catarrhale, toujours précédée d'un catarrhe naso-pharyngien, la dysphagie est absente ou très légère et les vésicules d'herpès laryngé ou cutané font complètement défaut.

La forme dite catarrhale de la *tuberculose du larynx* n'est guère à retenir. Son évolution est beaucoup lente et elle n'est pas précédée d'un syndrome général. A son début, d'ailleurs, il s'agit d'une laryngite irritative, provoquée par la toux chez un tuberculeux, bien plus que d'une laryngite tuberculeuse.

Dans sa forme épiglottique, l'herpès du larynx pourra être confondu avec l'*épiglottite tuberculeuse* décrite par Brindel, qui ne diffère que par la nature et la durée de son évolution. Car il existe une « épiglottite tuberculeuse » survenant brusquement, s'accompagnant d'un gonflement très marqué de la muqueuse, du rétrécissement du vestibule du larynx, d'ulcérations rapides déchiquetant le cartilage; mais la marche en est rapide; les ulcérations ne tardent pas à survenir et rarement les autres organes, notamment le poumon, sont indemnes de tuberculose ».

La *syphilis* tertiaire de l'épiglotte, à la période d'infiltration ou gomme du larynx, est une tuméfaction circonscrite, à surface lisse, de coloration rouge vif, qui s'accompagne de dysphagie comme l'herpès laryngé. Mais son début n'est pas bruyant. Son évolution, beaucoup plus lente, aboutit à une ulcération profonde, à bords rouges, taillés à pic.

Avec la *laryngite phlegmoneuse*, la différenciation sera particulièrement délicate. Elle présente le même début brusque, avec des symptômes généraux accentués, les mêmes troubles fonctionnels, parmi lesquels la douleur et une dysphagie atroce sont des signes pathognomoniques. Le miroir montre une épiglotte très tuméfiée, d'un rouge vif, luisant comme un érysipèle (G. Laurens), basculée en arrière, parfois latéralement, masquant et rétrécissant l'orifice supérieur du larynx. Le siège de la tuméfaction, accentuée ici surtout sur la face linguale, permet la séparation, ainsi que la formation à un stade ultérieur d'une collection purulente, avec infiltration des parties latérales du cou.

II. — Diagnostic à la période des vésicules et des exulcérations.

Le diagnostic sera assez rarement à faire à la période des vésicules, en raison de leur existence brève. On aura surtout à éliminer les affections, présentant des exulcérations laryngées.

La *laryngite variolique*, très fréquente complication de la variole, s'accompagne comme l'herpès laryngé de dysphagie intense. Mais on trouve dans le larynx de petites pustules surélevées blanc grisâtre, qui se transforment rapidement en ulcérations d'étendue variable. Ces ulcérations tendent à gagner en profondeur et déterminent des abcès profonds et des périchondrites. Bien avant cette fâcheuse évolution, la présence de l'éruption de variole aura évité la confusion, car la laryngite variolique apparaît en général six jours après l'éruption cutanée.

C'est également la varicelle cutanée, qui permet le diagnostic de *laryngite varicelleuse*, puisque d'après Marfan et Hallé, elle se produit dès le début de l'affection. Il existe ici de petites vésicules blanchâtres arrondies, puis de petites ulcérations circulaires, siégeant de préférence sur les cordes vocales inférieures. A l'inverse de l'herpès du larynx, le pronostic est grave dans la laryngite varicelleuse et l'exitus possible, par suffocation.

De même, la constatation du *pemphigus* de la peau, contemporain du pemphigus laryngé suffira pour éviter l'erreur avec l'herpès laryngé. Les éléments du pemphigus sont d'ailleurs un peu spéciaux, non des vésicules, mais des bulles, remplies de liquide translucide, et de la grosseur d'une petite lentille ou d'un pois. Leur existence est si éphémère, qu'on les rencontre plutôt à la stade de macération, sous l'aspect d'ulcérations éten-

dues blanc jaunâtres, avec une collerette de muqueuse festonnée.

La *laryngite morbillieuse*, qui peut marquer le début de la rougeole, donne lieu à des symptômes laryngés progressifs : raucité de voix, toux rauque, aphonie et crises de suffocation, par stridulisme chez les enfants. Plus tard, elle présente parfois des ulcérations plates, à bords dentelés, siégeant de préférence au niveau de la région aryténoïdienne et s'accompagnant alors de dysphagie. Le catarrhe oculo-nasal du début, les caractères de l'éruption de rougeole rendront toute erreur impossible.

L'*érysipèle du larynx*, surtout dans sa forme phlycténulaire, peut prêter à confusion. Mais l'érysipèle du larynx est rare et presque toujours consécutif à celui de la face et de la cavité buccale. Il y a une « rougeur lie de vin » de la muqueuse, avec un gonflement œdémateux des aryténoïdes et des replis aryténo-épiglottiques.

La *laryngite typhique* (laryngo-typhus) a des symptômes particuliers assez accentués : accès de suffocation, dysphagie, expectoration sanguinolente, sensibilité du larynx à la pression. Elle peut donner après un stade de congestion des ulcérations de siège variable, qui gagnent rapidement en profondeur, nécrosent les cartilages et forment des abcès. Mais quand la laryngite typhique est parvenue à cette évolution, la dothiérien-térie en est à son 2^e ou 3^e septenaire et le diagnostic causal n'est plus à faire.

L'Ecole de Bordeaux (Moure et G. de la Combe) a isolé la *laryngite aphteuse*, qu'elle distingue de la laryngite herpétique beaucoup plus par la constatation d'une stomatite de même nature, que par la présence de deux à trois aphtes, petites taches, régulièrement ovalaires, grisâtres, entourées d'une auréole très rouge. Le siège est identique sur les bords de l'épiglotte ou la région aryénoïdienne.

De même, on a vu (comme le signale Brindel), le muguet se développer dans le larynx, mais jamais à l'état isolé, ni primitivement. Le muguet ne s'implante que sur un épithélium pavimenteux, et ne sera rencontré que sur les deux faces de l'épiglotte, sur la partie supérieure des replis aryéno-épiglottiques et sur les cordes vocales inférieures (les autres parties du larynx étant munies d'épithélium cylindrique, à cils vibratiles). Le muguet sera aisément reconnu par l'adhérence des points blanchâtres à la muqueuse, leur ressemblance à de petits caillots de lait, la présence de points analogues et en grand nombre sur la muqueuse buccale.

Pour terminer, nous éliminerons rapidement la *diphthérie laryngée*, en raison de l'existence hypothétique des fausses membranes herpétiques, décrites en 1885 par Stepanow en un cas, encore unique jusqu'à ce jour.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous ignorons l'étiologie et la pathogénie de cette affection : le traitement causal est donc impossible. Le pronostic, étant toujours favorable, on pratiquera simplement une *thérapeutique symptomatique*, qui visera le seul symptôme important : la dysphagie douloureuse.

Durant la période d'acuité, l'inflammation aiguë du larynx sera combattue par des sachets de glace, placés en permanence sur la région cervicale antérieure. Une sélection alimentaire diminuera les causes d'irritation et de douleur. Certains aliments froids (bouillon, lait) sont assez bien tolérés. Dans cet ordre d'idées, le malade est le meilleur juge, et après lui avoir indiqué les directives, on le laissera s'alimenter à sa fantaisie.

Une notable soulagement est apporté par des *pulvérisations*. Elles se font à l'aide du pulvérisateur à chaudière. Le malade se place à 10 ou 15 centimètres au devant du jet de vapeur, la bouche ouverte, tirant la

langue avec un mouchoir. A chaque inspiration, il émet la voyelle A, dont l'émission ramène l'épiglotte en avant et permet à la couronne laryngée d'être largement baignée de vapeurs médicamenteuses.

Dans le godet du pulvérisateur, on peut mettre :

1 ^o Acide phénique.	1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.	quarante centigr.
Glycérine.	30 gr.
Eau (Q. S.) pour.	300 gr.

Remplir le godet.

2 ^o Benzoate de soude.	5 gr.
Teinture d'eucalyptus.	40 gr.
Chlorhydrate de cocaïne.	cinquante centigr.
Glycérine.	50 gr.
Eau (Q. S.) pour.	500 gr.

Remplir le godet

3 ^o Chlorhydrate de morphine.	quarante centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.	un gramme.
Antipyrine.	3 gr.
Eau.	100 gr.

Mettre une cuillerée à café, dans le godet du pulvérisateur.

La première formule est surtout antiseptique, la seconde détersive, la dernière calmante.

Pour calmer la dysphagie, les *poudres* sont d'une grande efficacité. Elles peuvent être employées soit en insufflation par le laryngologiste, soit en aspiration par le malade lui-même. Comme dans la dysphagie des tuberculeux ou des cancéreux, nous conseillons ici l'aspiration laryngée au moyen du tube de Leduc, un quart d'heure, avant chacun des deux principaux repas.

On emploie les formules suivantes :

1° Orthoforme.	} aa 5 gr.
Diiodoforme	
Gomme arabique	

Gros comme un pois à chaque aspiration laryngée.

ou encore

2° Poudre de chlorhydrate de cocaïne.	} aa cinquante centigr.
— chlorhydrate de morphine	
— sucre de lait	
— gomme arabique	} aa 5 gr.
(Même quantité).	

Ces poudres ont une double action. Elles ont des propriétés calmantes et forment par surcroît un enduit protecteur du larynx, très adhérent par la présence de la gomme.

S'inspirant des mêmes principes, Sacher préconise la poudre :

Chlorhydrate de cocaïne.	} aa un centigr.
Chlorhydrate de morphine.	
Amidon pulvérisé.	0 gr. 03

Pour 1 paquet, n° 6.

Verser cette poudre, dans une éprouvette, contenant de l'eau, pour former une bouillie épaisse, qui sera absorbée immédiatement avant les repas.

A notre avis, il convient de combiner l'emploi de ces différents procédés : plusieurs fois par jour, le malade fera des pulvérisations et un quart d'heure avant le repas, des aspirations laryngées de poudre. Durant la

même période, l'état général sera amélioré par les anti-fébriles et les toniques.

Plus tard, après la chute thermique et l'atténuation des troubles fonctionnels, un purgatif salin hâtera la disparition de l'état saburral des voies digestives.

Cette thérapeutique est efficace ; elle n'est pas indispensable, puisque l'herpès du larynx guérit toujours.

CONCLUSIONS

1° L'importance de l'herpès du larynx, affection bénigne, résulte principalement de sa méconnaissance, qui fait porter le diagnostic de lésions tuberculeuses ou syphilitiques, à pronostic grave.

2° Cette affection se présente sous deux formes : l'une, bien connue, extension de l'éruption bucco-pharyngée ; l'autre, plus rare, exclusivement laryngée, à qui la dénomination doit être réservée.

3° La localisation la plus fréquente est la face laryngée de l'épiglotte et la région aryténoïdienne. ✓

4° Elle est caractérisée cliniquement par :

Un début brusque, avec des phénomènes généraux traduisant la « fièvre herpétique » des classiques.

β) Par des symptômes fonctionnels, parmi lesquels domine la dysphagie.

γ) Par l'apparition, sur la muqueuse laryngée, de vésicules herpétiques, à durée éphémère. Rapidement, elles se transforment en ulcérations blanchâtres, entou-

rées d'un liseré inflammatoire et guérissent sans cicatrice.

5° La durée globale de l'affection est de 10 à 20 jours ; le pronostic bon, la guérison complète.

6° Les récides sont possibles.

7° La pathogénie de l'herpès du larynx est encore mal connue.

Vu : Le Doyen,
H. ROGER

Vu : le Président,
F. BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Beausoleil. — Laryngite variolique. *Revue de Laryngologie*, Mai 1893.
- Beregszaszy. — Ueber Herpes laryngis. *Wiener med. Presse*, n° 20, 1879.
- Bezançon. — *Précis de microbiologie clinique*, 1920.
- Bettmann. — Ueber Herpes laryngis (menstrualis). *Berliner klin. Woch.*, n° 36, Septembre 1902.
- Boulai (J.). — Herpès zostérisforme primitif. *Archives de laryngologie*, 1904.
- Brindel. — Herpès du larynx. *Revue de laryngologie*, n° 6, 15 Mars 1895.
- Castarneda. — Herpès idiopathique du larynx. *La Oto-Rino-Laryngologia Española*, 1899, n° 20.
- Chapman. — Herpès laryngé. *New-York med. Journal*, 18 Octobre 1894.
- Davy. — *Thèse Doctorat*, Paris, 1882.
- De la Combe. — Laryngite aphteuse. *Revue de laryngologie*, 1895.
- Du Castel. — Art. Herpès dans *Pratique dermatologique* de E. Besnier-Brocq, 1901, p. 801 et suivantes.
- Fernet. — *Compte-rendu de la Société clinique de Paris*, 24 Octobre 1878.

- Grognot. — Herpès opalin de la gorge et du larynx. *Concours Médical*, Paris, 15 Novembre 1884.
- Gouguenheim-Lermoyez. — *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875.
- Gougerot. — *Traitement des maladies de peau en clientèle*, 1916.
- Grünwald (L.). — Herpès laryngé. *Atlas des maladies du larynx*, d'après édit. fr. CASTEX-COLLINET, 1903.
- Lagahuzère. — *Thèse Doctorat*, Bordeaux, 1895.
- Lasègue. — *Traité des angines*, 1868.
- Laurens (G.). — *Oto-rhino-laryngologie du praticien*, 1920.
- Mac Bride. — Herpes zoster of the hard palate. *Edinburg Clin. and Pathol. Journal*, 21 Juin 1884.
- Marfan et Hallé. — Laryngite suffocante. *Revue des maladies de l'enfance*, Janvier 1896.
- Massei. — *Patologia e Terapia della laringe*, Naples, 1890.
- Meyer (R.). — Die phlyctänuläre Stimmbandentzündung (herpès du larynx). *Berl. klin. Wochensch.*, 1876, n° 41.
- Morton. — *Tractatus de fibribus inflammatoriis universalibus*, 1694.
- Moure. — *Maladies de la gorge, du larynx, etc.*, 1914.
- Parrot. — *Gazette hebdomadaire*, 1871.
- Peter. — Art. Angines *Dictionnaire encyclop. des Sciences médicales*, 1870, p. 611.
- Roger et Bayeux. — Laryngite varicelleuse. *Bull. de Soc. anat.*, Paris, 1897.
- Sacher. — Zur Casuistik und Diagnostik des Herpes Laryngis. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1903, n° 7.
- Schmidt (Moritz). — *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, 1897, p. 528 et suivantes.
- Scheff. — Herpès laryngé. *Allg. Wien med Zeit.*, 1881, n° 471.

Schroetter. — *Vorlesungen über die Krankheiten der Kehlkopfes*, Vienne, 1887-1891.

Secrétan. — Herpès idiopathique du larynx. *Annales des maladies de l'oreille*, etc., Août 1895, n° 6.

Stepanow. — Zwei Fälle v. Herpes laryngis. *Monatssch f. Ohren.*, 1885, n° 8.

COULOMMIERS

Imprimerie ERNEST DESSAINT
